Aus dem Zahnärztlichen Institut der Universität Breslau.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Partsch.)

Das Fibrom in der Mundhöhle.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Arthur von Szczypinski,
Zahnarzt.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Herr Geh. Med.-Rat Professor Dr. Partsch.

In der Mundhöhle kommen nahezu alle bekannten Geschwulstformen vor. Unter den gutartigen Geschwülsten stehen die Fibrome an zweiter Stelle. Verfasser führt als Beweis die Statistik von Hoppe an.

In der älteren Literatur haben die Fibrome wenig Beachtung gefunden, erst die neuere Literatur hat sich eingehender mit ihnen beschäftigt.

Verfasser beschreibt zunächst Form, Aussehen und den histologischen Bau der Fibrome im allgemeinen. Klinisch unterscheidet man zwei Formen und zwar weiche und harte Fibrome. Das Muttergewebe der ersteren ist nach Partsch das lockermaschige Bindegewebe der Schleimhaut und ihrer Unterlage. Die härteren Fibrome entspringen hauptsächlich dem straffen, festen Bindegewebe der Faszien und des Periostes, oder auch dem Knochen selbst.

Die Ätiologie der Fibrome ist unbekannt, am häufigsten werden mechanische Reize (kariöse Zähne, schlechtsitzende Prothesen) als Ursache der Geschwulstbildung angeschuldigt. Verfasser streift hierbei die Ansicht der verschiedenen Autoren über Geschwulstbildung überhaupt.

Das häufigste Vorkommen der Fibrome fällt in die Zeit vom 16. bis 35. Lebensjahr. Ihr Wachstum ist ein sehr langsames, sie tragen dabei durchaus den Charakter der gutartigen Geschwülste, können aber eine große Ausdehnung erreichen. Übergänge in Sarkom kommen vor. Dadurch wird die sonst gutartige Prognose etwas getrübt. Rezidive treten häufig auf, sind aber wohl in den meisten Fällen auf ein ungenügendes Operieren des ersten Tumors zurückzuführen. Von regressiven Veränderungen treten auf die schleimige Entartung, Erweichung, fettige Degeneration und besonders häufig Verkalkung. Ferner wird oft Verknöcherung beobachtet.

Verfasser geht dann zur Erörterung der an den verschiedenen Gebilden der Mundhöhle vorkommenden Fibrome über, zunächst denen der Kiefer. Man unterscheidet bei den vom eigentlichen Kieferkörper ausgehenden Fibromen zwei Unterabteilungen, die periostalen und zentralen Formen. Sie stellen

nur eine recht kleine Geschwustgruppe dar. Sie werden näher besprochen, wobei hinsichtlich der Ätiologie der zentralen Kieferfibrome gesagt wird, daß bei ihnen am meisten Wahrscheinlichkeit der Ursprung von einem versprengten Zahnkeim für sich hat.

Im Anschluß an die periostalen und zentralen Kieferfibrome, die bis in die Highmorshöhle wuchern können, werden die in der Kieferhöhle selbst entstehenden Fibrome behandelt. Zwei von Adelmann beschriebene Fälle von fibrösen Polypen der Highmorshöhle werden angeführt. Die Therapie der Kieferfibrome besteht in gründlicher Entfernung der Geschwulst.

Der Verfasser geht dann zur Erörterung der vom Rande der Alveolarfortsätze ausgehenden Fibrome, der Epuliden, über, die die weitaus größte Zahl der Kieferfibrome, wie der Fibrome in der Mundhöhle überhaupt, darstellen. Besonders auffällig ist bei ihnen die überwiegende Beteiligung des weiblichen Geschlechts, auch bemerkenswert ihr Auftreten während der Schwangerschaft. Rezidive werden besonders häufig bei ihnen beobachtet. Die Therapie, die ebenfalls nur in Operation besteht, wird eingehend besprochen. Im Anschluß an die Epulis wird die fibröse Gingivitis hypertrophica oder das diffuse Fibrom der Alveolarfortsätze erörtert, welch letztere Geschwulstbildungen mehr den entzündlichen Neubildungen als den echten Geschwülsten zuzurechnen sind.

Dann bespricht der Verfasser die symmetrischen Fibrome der Alveolarfortsätze, das sind Fibrome, die symmetrisch an beiden Seiten des Ober- bezw. Unterkiefers vorkommen, und führt 4 Fälle aus dem Breslauer zahnärztlichen Institut an.

Nach der Betrachtung der verschiedenen Arten von Kieferfibromen wendet sich Verfasser den an den anderen Gebilden der Mundhöhle vorkommenden Fibromen zu, den Fibromen der Lippen, Wange, Zunge, Gaumen, Tonsillen. Diese werden nicht gerade häufig angetroffen. Zunächst werden die Fibrome der Lippen besprochen und 3 Fälle aus dem Breslauer zahnärztlichen Institut angeführt. Ihre klinische Bedeutung ist gering. Die Therapie eine operative.

Ein ähnliches Bild geben die Fibrome der Wangenschleimhaut. Es werden 5 Fälle aus dem Breslauer zahnärztlichen Institut angeführt. Als ätiologische Momente werden spitze und kariöse Zähne, sowie Einklemmen der Wangenschleimhaut beim Zubeißen angegeben. Therapie wie bei den Lippenfibromen.

Es folgen die Fibrome der Zunge, die noch seltener befallen wird als die Lippen und Wange. An ihr kommen nach allen Beobachtungen und Statistiken die bösartigen Geschwülste häufiger vor als die gutartigen. Aus dem Breslauer zahnärztlichen

Institut wird ein Fall angeführt, desgleichen ein von Partsch in dem Atlas der Zahnheilkunde in stereoskopischen Bildern veröffentlichter Fall eines älteren Mannes. Besondere Beachtung verdienen die Fibrome an der Zungenbasis bezw. Zungentonsille, weil sie infolge der anatomischen Lage der Zungenbasis leicht Störungen seitens der Ernährung und Atmung verursachen können. Die von Graf aus der Literatur zusammengestellten Fälle werden angeführt. Von erheblicher Bedeutung ist die Unterscheidung der Zungenfibrome von den verschiedenen Formen der tertiären Syphilis. Die Therapie besteht in Abtragung bezw. Ausschälung.

Der Verfasser geht dann zu den Fibromen des harten Gaumens über und erwähnt 2 Fälle aus dem Breslauer zahnärztlichen Institut.

Von den Fibromen des weichen Gaumens werden aus der Dissertation von Schellong 4 Fälle angeführt.

Auch an der Uvula und den Gaumenbögen sind Fibrome beobachtet worden.

Über Fibrome der Gaumentonsillen berichtet Zolki aus der Literatur über mehrere Fälle und über einen von ihm selbst beobachteten.

In ätiologischer Hinsicht kann bei diesen Fibromen nicht viel gesagt werden, bei denen der Mandel werden die vorausgegangenen Entzündungen ein nicht zu unterschätzendes ätiologisches Moment abgeben. Die Therapie besteht in Ausschälung der Geschwulst oder in Entfernung mit dem Galvanokauter.

An der submaxillaren Speicheldrüse hat Verfasser in der Literatur kein reines Fibrom erwähnt gefunden.

Zum Schluß faßt der Verfasser das Ergebnis seiner Erörterungen kurz zusammen und gibt eine Übersicht über das Vorkommen der Fibrome an den einzelnen Teilen der Mundhöhle aus der Statistik von Hoppe, in Prozenten ausgedrückt:

Kieferfibrome	1,11%,
Epuliden	79,44%,
symmetrische Fibrome	5,00%,
Fibrome der Wange	4,44%,
„ „ Lippen	3,88%,
„ „ Zunge	2,22%,
„ des Gaumens	2,22%,
„ „ Zahnfleisches (Gingivit. hypertr.) .	0,55%,
„ „ Nasen-Rachenraums .	0,55%.

Die Arbeit umfaßt 105 Seiten, das Literaturverzeichnis enthält 100 Nummern.